

DIFERENTES ESTILOS DE CLIENTES Y CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA CON UN TERAPEUTA

Luísa Soares*
Lluís Botella, Sergi Corbella**
Marina Serra de Lemos***
y Mónica Fernández

Resumen

El objetivo principal del presente estudio es la comprensión del desarrollo en la co-construcción de la alianza terapéutica en la fase inicial del proceso terapéutico con 19 clientes con diferentes estilos y un terapeuta. Se utilizó el estilo de afrontamiento del cliente, su resistencia (Cuestionario para Evaluar la Personalidad del Cliente – C.E.P.C., Beutler, 2000) y el Inventario de la Alianza Terapéutica (Working Alliance Inventory-WAI). Los clientes parecen aumentar sus niveles de externalización, más que sus niveles de internalización durante el proceso terapéutico. También fue interesante determinar si los clientes que abandonaron terapia presentaban un perfil específico y altos niveles de resistencia. Los niveles de externalización de los clientes que permanecieron en terapia aumentaron más que los niveles de internalización, y estos clientes presentaron menores niveles de resistencia. La relación terapéutica es la dimensión con un acuerdo absoluto entre el terapeuta y los clientes.

Palabras clave: estilos de los clientes, alianza terapéutica, proceso terapéutico.

Key words: styles of clients, therapeutic alliance, therapeutic process.

Introducción

En el presente estudio pretendemos plantear algunas preguntas que ayuden a fomentar la curiosidad científica respecto del conocimiento del estilo de los clientes durante el proceso terapéutico. Una de las líneas de investigación más exploradas a nivel internacional es la interacción entre el terapeuta y sus clientes para verificar si los clientes cambian a lo largo del trabajo terapéutico y para explicar o entender cómo sucede dicho fenómeno. Si tenemos en cuenta que la psicoterapia es una co-construcción, entonces debemos “construir” estudios que muestren cómo son los elementos de tal ecuación, es decir, el terapeuta y el cliente, y cómo se puede llegar a producir un resultado efectivo. Los trabajos de investigación relativos a los estudios de diadas de terapeutas y clientes se han caracterizado por la

valoración de la relación entre las variables (actitudes) del terapeuta y los resultados terapéuticos, así como la comprensión de la experiencia interna de los participantes en la psicoterapia y el conocimiento de los mecanismos responsables del cambio.

Moreira, Gonçalves y Beutler (2005) presentan una propuesta interesante para organizar en tres fases las investigaciones llevadas a cabo en psicoterapia. En la primera fase, que termina en 1954, la psicología intenta afirmarse como ciencia robusta. La segunda fase, de 1954 a 1969, se caracteriza por la necesidad de responder a los problemas de salud mental que aparecen en el contexto histórico; y la tercera, desde 1969 hasta la actualidad, se caracteriza por la importancia de la relación entre las variables del terapeuta y los resultados terapéuticos, así como por el conocimiento de los mecanismos responsables del cambio.

Beutler y Machado (1992) señalan el final del siglo XX como el periodo de transición para el surgimiento de una cuarta fase en la historia de la investigación en psicoterapia, caracterizada por el desarrollo de metodologías para explorar las complejas interacciones del fenómeno terapéutico. Al-

* Luísa Soares, Universidade da Madeira, Portugal

** Lluís Botella, Sergi Corbella, Universitat Ramon Llull, España

*** Marina Serra de Lemos, Universidade do Porto, Portugal

Mónica Fernández

E-Mail: lsoares@uma

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 27–36

© 2013 Fundación AIGLÉ.

gunas reflexiones que surgen del presente estudio se sumergen en esta cuarta fase de la investigación en psicoterapia y pueden contribuir al cambio de paradigma, tan necesario para ayudar a los terapeutas en formación a darse cuenta de sus compatibilidades, a prestar atención a su estilo terapéutico y a sus índices de éxito más elevados con ciertos estilos de clientes. Esto puede mejorar su ejercicio con un número mayor de clientes. La identificación, flexibilidad y adaptación del estilo de cada terapeuta a cada cliente debería ser un principio orientador de la psicoterapia. (Corbella y cols. 2009)

Continuando con esta idea, la psicoterapia implica un trabajo terapéutico y, por lo tanto, este trabajo terapéutico sugiere la formación de una colaboración (entre el terapeuta y el cliente) que cuenta con un plan y unos objetivos para conseguir el cambio terapéutico. En este sentido, la relación entre el terapeuta y el cliente debe desarrollarse como un diálogo, una conversación simétrica y horizontal. Estamos de acuerdo con la reflexión de Ceberio (2003), que prefiere llamar “cliente” en lugar de “paciente” a la persona que solicita ayuda terapéutica. Ceberio considera que la denominación “cliente” es más consistente con una filosofía que concibe la psicoterapia como un área para resolver problemas, en oposición a una filosofía que defiende la nomenclatura de “paciente”, que encarna la idea de formular un tratamiento para su “cura”.

Esta concepción de la psicoterapia como un espacio para resolver problemas ha sido a menudo polémico por lo que respecta a la evaluación de su efectividad, ha causado debates y algunos estudios recientes (Echeburúa y De Corral, 2001; Mustaca, 2004) enfatizan la necesidad de definir criterios para evaluar la aplicabilidad de diferentes psicoterapias. Estos autores definen tres grandes criterios para llevar a cabo tal evaluación. Según su punto de vista, los tres parámetros se han establecido firmemente como guías para la comunidad científica internacional para la planificación y diseño de investigaciones:

a) la eficacia, entendida como la obtención del mejor resultado posible y la mayor durabilidad en la aplicación de una determinada terapia para un trastorno específico;

b) la efectividad, que remite a la habilidad de un terapeuta de ser general, o en otras palabras, de adaptarse a diferentes escenarios clínicos;

c) la eficiencia, que se refiere a la rentabilidad de las terapias, no sólo en la gestión económica de los sistemas de salud sino también en el nivel de los recursos y de la calidad de la atención.

En el contexto portugués, Sousa (2006) afirma que no existe ni tradición de investigación en psico-

terapia ni en la evaluación de sus resultados. Según este autor, hay pocos ejemplos de investigadores o universidades que estén desarrollando o incluso estimulando este tipo de trabajo. Este autor cree que la investigación en psicoterapia debería entenderse como una oportunidad para embarcarse en un marco científico discursivo, para mejorar los servicios que damos a nuestros clientes.

A nivel internacional, Greenberg (1991) apunta que el campo de la investigación en psicoterapia empezó por adoptar una posición defensiva, intentando probar que la psicoterapia funciona, en vez de intentar conocer su funcionamiento, al contrario de lo que ocurría en otras ciencias. Garfield (1990, 1997) también indica que nuestros conocimientos sobre las variables que contribuyen al cambio positivo son todavía bastante limitados.

Al final de la década de los 70, en pleno siglo XX, algunos grupos de investigadores e intelectuales observaron que existe una convergencia de visiones que aportan un nuevo modo de mirar el desarrollo humano (Neimeyer, 1997). Después de la euforia de la generación del “flower power” y los modelos humanísticos, los investigadores empezaron a observar un declive de las perspectivas orientadas exclusivamente hacia la percepción interior y el autodescubrimiento (psicoanálisis y humanismo) y sus enemigos, centrados en conductas observables. Este desánimo con las perspectivas empíricas estimuló que los paradigmas psicológicos se apoderaran de la hermenéutica y, por tal motivo, establecieran que para entender la mente humana es preciso situarla en su cultura. El conocimiento que tiene un sujeto de sí mismo y del mundo se interpreta fenomenológicamente y puede organizarse a través de una serie de significados múltiples desde el lenguaje disponible en la matriz cultural en la que se inserta (Rebelo, 2002). Se renovó la importancia de la consideración de los contextos y, en consecuencia, evolucionaron los modelos ecológico, del desarrollo y sistémico. Atraído por esta facción de presión, que postulaba un nuevo modo de ser y conocer el mundo, nació el movimiento constructivista. Para este movimiento, toda comunicación y comprensión es una construcción interpretativa que hace el sujeto que la experimenta (Glasersfeld, 1984).

El constructivismo en el que se ha inspirado la psicología abarca varios modelos teóricos (Botella, 1998; Canavaro, 1998; Gonçalves, 1997; Guidano 1998; Neimeyer, 1993; Parker, 1999) y todos definen la construcción como el progreso principal de la personalidad. El pensamiento constructivista considera que cada individuo es capaz de crear su propia representación del yo y su entorno. Así, las personas son capaces de superar problemas y construir algo nuevo de un modo diferente. Esta perspectiva

constructivista marca una manera diferente de ser y conocer el mundo. En el campo de la psicoterapia, el objetivo es ayudar al cliente a tratar con las transiciones y a conseguir una reordenación adecuada de sus experiencias, expandiendo el campo de las respuestas emocionales y conductuales (Arciero y Guidano, 2000).

Un movimiento derivado del constructivismo es el del constructivismo social. Éste argumenta que el conocimiento y la realidad, más allá de ser una construcción, se co-construyen socialmente a partir de la relación que se tiene con los demás y con el mundo. Se trata de una perspectiva del constructivismo más cultural, lingüística y hermenéutica. Mientras el constructivismo resalta la construcción del yo individual, el constructivismo social disuelve cualquier noción de individualidad y pone el énfasis en la construcción social del yo. Por lo tanto, es preciso planificar investigaciones que tengan como objeto de estudio el proceso construido por el cliente y el terapeuta a través de un proceso de diálogo. Tal idea pretende ser el eje vertebrador del presente estudio, enmarcado en un paradigma de constructivismo social y en un enfoque postmoderno.

Considerando que la psicoterapia es una oportunidad para compartir y volver a contar historias co-construidas entre el terapeuta y el cliente, compartimos aquí un estudio de caso de un terapeuta y 19 de sus clientes, donde buscamos conocer los estilos de ambos y cómo se desarrolla la alianza terapéutica en la fase inicial del proceso. Según Castonguay y Beutler (2006), una de las mayores controversias actuales es precisamente conocer si el cambio del cliente se debe a la calidad técnica del terapeuta o a la calidad de la alianza terapéutica. Esta última dimensión, la alianza terapéutica, recibe particular atención en el presente estudio, ya que observamos las dos partes de su construcción durante cuatro momentos del proceso terapéutico: desde la perspectiva del terapeuta y desde la perspectiva del cliente.

Los objetos de estudio de la presente investigación (díadas de terapeutas y clientes) se eligieron teniendo en cuenta algunas líneas de investigación que pretendemos fomentar consecuentemente con la filosofía del paradigma teórico del constructivismo social: i) conocer las interacciones que podrían ser potencialmente significativas, como por ejemplo las características del cliente, ii) entender nuevos métodos de investigación en la evaluación del estilo del terapeuta, y iii) introducir nuevas variables para evaluar experimentalmente la complejidad del proceso terapéutico (Machado, 1994). Esta línea de contenido establece tres objetivos específicos: a) evaluar la alianza terapéutica de un terapeuta con los estilos de clientes, respecto a las característi-

cas de internalización/externalización y niveles de resistencia, b) evaluar el estilo y los niveles de resistencia de los clientes que abandonaron el proceso terapéutico, y c) evaluar la co-construcción de la alianza terapéutica: observar si los niveles convergen o divergen entre terapeuta y cliente.

Método

Analizamos 19 díadas de un terapeuta de 59 años, que trabaja en un servicio psicológico universitario para estudiantes. Los enfoques teóricos con los que se identificó son la terapia sistémica y la terapia centrada en la solución. La edad media de los clientes es de 24 años, abarcando desde los 19 hasta los 36 años, con una desviación estándar de 5. La mayoría de clientes son mujeres ($N = 16$) y tan sólo 3 clientes son hombres. Todos ellos se hallan por primera vez en un proceso terapéutico. El terapeuta reporta un índice de permanencia en la terapia relativamente alto ($N = 11$). Cuatro clientes abandonaron en la quinta sesión y dos clientes lo hicieron en la tercera y dos en la primera. La mayoría de clientes proceden de un nivel socioeconómico medio ($N = 14$). Había dos sujetos de nivel alto y uno de nivel medio-bajo. Dos clientes omitieron esta información.

Caracterización de los instrumentos

Los instrumentos se agruparon en tres categorías según el proceso de análisis planteado: 1) instrumentos para recopilar datos sociodemográficos de la muestra, 2) instrumento para la caracterización del estilo del cliente, y 3) instrumento para evaluar la alianza terapéutica (terapeuta/cliente).

1. Instrumentos para recoger datos sociodemográficos

Los datos relativos a la identificación personal, la información necesaria para calcular el índice de Graffar y las declaraciones de consentimiento informado se obtuvieron a través de los siguientes instrumentos: i) Documento de datos sociodemográficos, ii) Cuestionario de aspectos relativos a Graffar (Graffar, 1956) y iii) una declaración de consentimiento informado (para el terapeuta y el cliente).

Cuestionario relativo a aspectos de Graffar (Graffar, 1956): se trata de un cuestionario de opción múltiple sobre condiciones de alojamiento, apariencia del barrio y fuente de ingresos del cliente (debía ser rellenado por el terapeuta). En situaciones en las que los clientes no gozan de autonomía a nivel económico, como por ejemplo los estudiantes, tal información se obtiene considerando la persona de la que dependen, por ejemplo el padre o la persona responsable de su educación.

Declaración de consentimiento informado: documento para el terapeuta y el cliente, que presenta brevemente el ámbito de investigación (desarrollo del proceso terapéutico entre terapeuta y cliente) y la petición de colaboración en la investigación, y garantiza que la información que se obtenga será confidencial junto con el compromiso de que su participación es voluntaria, por lo que podrán abandonar el estudio en cualquier momento. Al aceptar la petición de colaboración, el terapeuta y el cliente firman el documento autorizando su participación en el estudio y el análisis de los datos.

La caracterización del estilo del cliente considera dos aspectos claves de su personalidad: el estilo de afrontamiento y los niveles de resistencia. Con tal fin, usamos el Cuestionario para evaluar la personalidad del cliente (Beutler, 2000).

2. *Cuestionario para evaluar la personalidad del cliente – C.E.P.C.* (Beutler, 2000) – evalúa el estilo de afrontamiento (internalizador/externalizador) del cliente y sus niveles de resistencia. Es un cuestionario que debe rellenar el terapeuta con su percepción sobre los rasgos permanentes del cliente. Las respuestas se agrupan en tres dimensiones:

- A. Estilo externalizador (25 ítems)
- B. Estilo internalizador (16 ítems)
- C. Niveles de resistencia (25 ítems)

Este instrumento forma parte del protocolo de evaluación clínica que propone Beutler (2000) en el Modelo de Selección Sistemática de Tratamientos, y su adaptación fue llevada a cabo por Moreira, Gonçalves y Beutler (2005), aunque todavía no se ha desarrollado la validación para la población portuguesa.

3. *Working Alliance Inventory (WAI)*; Inventario de la Alianza Terapéutica (Versión terapeuta/cliente, Horvath, 1981, 1982, 1994; Horvath y Greenberg, 1989; Tracey y Kokotovic, 1989; versión portuguesa de Machado y Horvath, 1999). Tiene el objetivo de evaluar la calidad de la alianza terapéutica en tres componentes: acuerdo sobre las tareas, acuerdo sobre los objetivos y el desarrollo de la relación. Este instrumento presenta la ventaja de ser una medida de la alianza terapéutica que no se desarrolló en el contexto de una corriente psicoterapéutica o un modelo teórico, sino que se basó en un modelo explicativo del cambio terapéutico (Machado y Horvath, 1999). La versión completa del inventario consta de 36 ítems y la versión abreviada (Tracey y Kokotovic, 1989), utilizada en el presente estudio, consta de 12 ítems distribuidos en una escala de Likert de 7 puntos, en la que 1 = Nunca y 7 = Siempre.

El concepto de alianza terapéutica, originalmente desarrollado por Bordin (1975), incluye tres dimensiones: i) tareas, que se refieren a la conducta y

cognición que son la sustancia del proceso terapéutico; ii) objetivos, que implican el establecimiento de una colaboración y un consenso en la orientación de la intervención terapéutica; y iii) relación, que remite a la compleja red de relaciones positivas entre el cliente y el terapeuta e incluye tales aspectos como la alianza y la aceptación mutua (Machado y Horvath, 1999).

El WAI, tanto en su versión inglesa completa como en su versión portuguesa, presenta índices adecuados de consistencia interna y fiabilidad. En la versión original, los valores del alfa de Cronbach se sitúan entre 0,84 y 0,93 para la escala total, y aunque las estimaciones de fiabilidad para las 3 dimensiones – Tareas, Relación y Objetivos – son más bajas, presentan niveles adecuados (entre 0,92 y 0,68; Machado y Horvath, 1999). La versión inglesa presenta resultados similares, con un alfa de Cronbach de 0,93 para la escala total y valores ajustados para las 3 dimensiones - Tareas (0,87), Relación y Objetivos (0,80; (Machado y Horvath, 1999).

El instrumento tiene ítems de polaridad negativa (ítem 4 e ítem 10 en la versión abreviada) que se invierten antes de ser añadidos. Según sus autores, la versión reducida del instrumento tiene la principal desventaja de la baja fiabilidad de los resultados de las subescalas, debido al número limitado de ítems, pero en general los autores afirman que el resultado total es consistente. Además, Busseri y Tyler (2003) observaron que existe una consistencia interna buena y las correlaciones interescalas son bastante significativas entre las versiones completa y abreviada del WAI.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó teniendo en cuenta algunos criterios como la edad de los clientes (mayores de 18 años) y la firma de la declaración de consentimiento informado. Después, se entregó un archivo al terapeuta y al cliente (véase la Tabla 1) que contenía todos los instrumentos que debían rellenar al final de la primera, tercera, quinta y octava sesión. Los datos se recogieron a lo largo de 20 meses. Durante este periodo, recibimos información sobre el proceso terapéutico y el resultado de las 19 diadas del terapeuta. La alianza terapéutica fue la única dimensión común a todas las diadas.

Resultados

1. El estilo de los clientes

En lo relativo al estilo de los clientes se observa que, a través del tiempo, los niveles de externaliza-

Tabla 1. Documentos entregados a las díadas

ARCHIVO DEL TERAPEUTA	ARCHIVO DEL CLIENTE
Declaración de consentimiento informado – 1ª sesión	Declaración de consentimiento informado – 1ª sesión
Identificación – 1ª sesión	Identificación – 1ª sesión
Cuestionario GRAFFAR (Graffar, 1956) – 1ª sesión	
Inventario de la alianza terapéutica – V. abreviada/Terapeuta (Horvath, 1981, 1982, 1994; Machado y Horvath, 1999)	Inventario de la alianza terapéutica –V. abreviada/ Cliente (Horvath, 1981, 1982, 1994; Machado y Horvath, 1999)
Cuestionario para evaluar la personalidad y el estilo de afrontamiento del cliente (Beutler, 2000)	

Tabla 2. Resultados del test de Friedman, respecto del estilo del cliente a lo largo de los 4 momentos de evaluación

	SESIÓN	MIN.	P25	P50	P75	MÁX.	TEST DE FRIEDMAN	
							X	SIG
EXTERNALIZADOR	1	0,50	1,00	1,50	2,50	3,50	14,200	0,003
	3	1,00	1,50	2,50	2,50	5,50		
	5	1,50	1,50	2,50	3,50	5,50		
	8	1,50	1,50	2,50	3,50	5,00		
INTERNALIZADOR	1	,00	,50	3,00	3,50	6,50	2,345	0,504
	3	,00	1,00	2,50	4,00	5,50		
	5	,00	1,00	2,50	4,00	5,00		
	8	,00	1,50	2,50	4,00	5,00		
RESISTENCIA	1	18,50	21,00	21,50	22,50	23,50	2,280	0,516
	3	18,50	21,50	22,00	22,50	23,50		
	5	18,50	21,00	21,50	22,50	23,00		
	8	18,00	20,00	21,50	22,00	23,00		

ción identificados por el terapeuta aumentan significativamente ($p=0,03 < 0,05$; véase la Tabla 2). Por el contrario, en relación con los niveles de internalización no hay diferencias significativas a lo largo de las cuatro sesiones evaluadas. En cuanto a los niveles de resistencia, extrañamente no presentan diferencias significativas y no tienden a aumentar mientras progresa el proceso terapéutico.

2. Los clientes que abandonan

2.1. ¿Tenían los clientes que abandonaron un estilo específico?

También fue interesante determinar si los clientes que abandonaron el proceso de psicoterapia

presentaban un perfil específico y altos niveles de resistencia. Si tenían un perfil específico, entonces el terapeuta quizás debería adaptar sus características al perfil de dicho cliente si, por ejemplo, fuera más externalizador/internalizador y más resistente. Aunque los datos obtenidos del análisis no son concluyentes debido al tamaño de la muestra, los resultados parecen muy interesantes. La Figura 1 presenta el perfil de los clientes que abandonaron y el de los que continuaron la terapia. A lo largo de las sesiones, los niveles de externalización de los clientes que continuaron la terapia aumentaron mucho más que los niveles de internalización.

2.2. ¿Tenían los clientes que abandonaron niveles más elevados de resistencia?

Figura 1. Comparación de los niveles de internalización y externalización entre el grupo de clientes que abandonó y el grupo que continuó en terapia

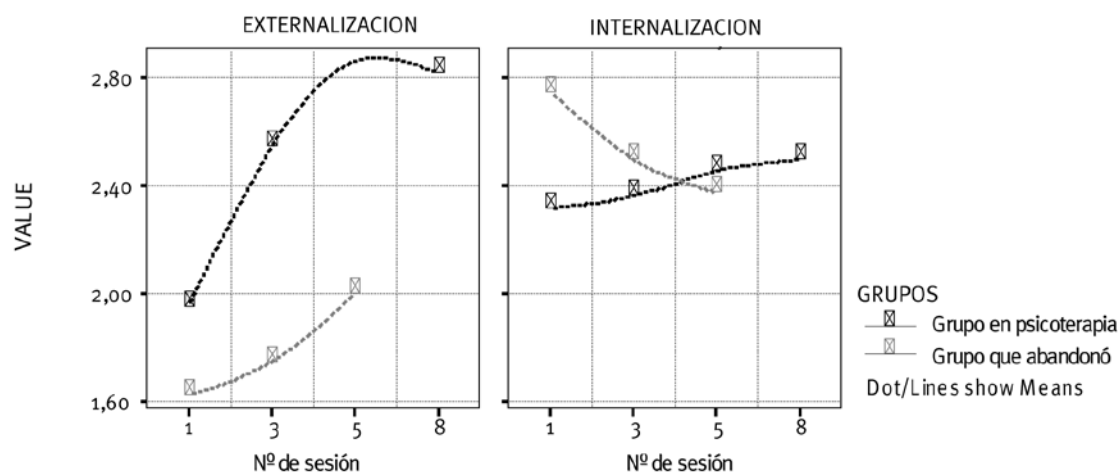


Figura 2. Comparación de los niveles de resistencia entre el grupo de clientes que abandonó y el grupo que continuó en terapia

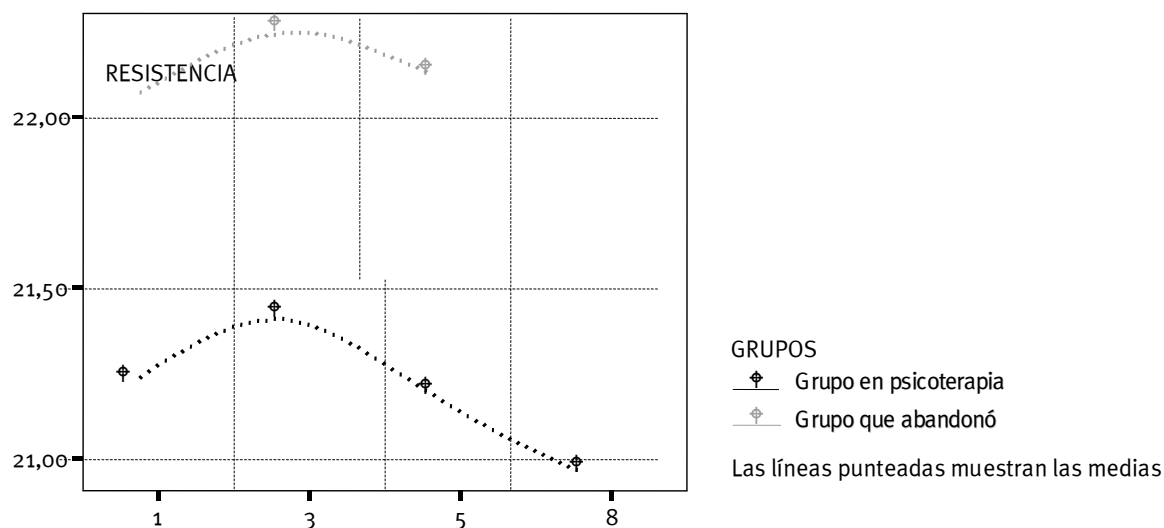


Tabla 3. Resultados de las correlaciones de la alianza terapéutica entre el terapeuta y los clientes a lo largo de las sesiones

	IAT			
	SESIONES			
TAREAS	1 ^a	3 ^a	5 ^a	8 ^a
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	0,015	-0,045	0,269	0,345
SIG. (BILATERAL)	0,950	0,869	0,332	0,329
N	19	16	15	10
RELACIÓN				
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	0,009	0,277	0,199	0,598
SIG. (BILATERAL)	0,973	0,282	0,495	0,068
N	18	17	14	10
OBJETIVOS				
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	-0,255	0,349	0,268	0,087
SIG. (BILATERAL)	0,291	0,170	0,355	0,824
N	19	17	14	9

En la Figura 2 se exponen los valores medios y las desviaciones estándar de los niveles de resistencia de este grupo de clientes. Aunque las diferencias entre los dos grupos no son significativas (1ª sesión $t=1,333$; $p=0,200$; 3ª sesión $t=-1,316$; $p=0,208$; 5ª sesión $t=1,342$; $p=0,202$), los clientes que continuaron la terapia presentaban niveles menores de resistencia (Figura 2).

3. La alianza co-construida: ¿son los niveles entre terapeuta y cliente convergentes?

El único instrumento utilizado en paralelo con el terapeuta y el cliente fue el Inventario de la Alianza Terapéutica (WAI) y, como tal, resultó interesante conocer si los resultados de ambos participantes eran diferentes o si la percepción de ambos era similar. La relación es la única dimensión en la que el terapeuta y el cliente presentan un acuerdo casi absoluto en la 8ª sesión, como puede observarse en la Tabla 3, a través de los valores del coeficiente de correlación, con un nivel de significación de $p=0,068$.

3.1. La alianza terapéutica: una comparación entre el grupo de clientes que abandonó y el grupo que continuó la terapia

Fue interesante observar si el grupo de clientes que abandonó presentaba los niveles más bajos de la alianza terapéutica. La idea era intentar comprender si los clientes que abandonaban lo hacían porque se sentían incapaces de construir una buena alianza con el terapeuta. Curiosamente, en la observación de la alianza, desde el punto de vista del terapeuta, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos de clientes (los que abandonaron y los que continuaron la terapia).

Además, desde el punto de vista del cliente, existen diferencias significativas en la quinta sesión en la dimensión "tareas". Los clientes con puntuaciones más elevadas en esta dimensión de la escala abandonaron más la terapia, con una media de 23 en el grupo que continuó la terapia en compara-

ción a 23,25 en el grupo que abandonó la terapia, $p=0,014 < 0,05$, como se muestra en la Tabla 4.

3.2. La alianza co-construida: la alianza terapéutica del cliente (Tareas, Objetivos y Relación)

En lo referente a la interacción entre la alianza terapéutica y los niveles de resistencia del cliente, no hay una correlación significativa entre los mismos. La única correlación existente en este ámbito es muy baja, menos de 0,3.

Discusión

Veamos ahora algunas conclusiones sintéticas sobre el análisis estadístico presentado anteriormente, que pueden ser útiles para la práctica clínica, y también nos proporcionan material para continuar el debate sobre el tema de la evaluación de resultados y el proceso terapéutico.

Los clientes en este estudio presentan un estilo más externalizador que internalizador, y estos niveles de externalización tienden a aumentar a lo largo del proceso terapéutico, especialmente en el grupo de clientes que continúa la terapia. Por lo que respecta a la resistencia de los clientes, los que siguieron con la terapia expresaron menor resistencia que los que abandonaron. Podríamos incluso decir que los clientes con mayores niveles de resistencia presentan una tendencia mayor a abandonar la terapia. Por esta razón, la evaluación de sus niveles de resistencia, al principio del proceso terapéutico, puede constituir una buena predicción de su éxito.

En lo relativo a la alianza terapéutica, hallamos un acuerdo casi absoluto entre ambos en la dimensión de relación y, sorprendentemente, no había diferencias entre los dos grupos de clientes (los que abandonaron y los que continuaron la terapia). La alianza terapéutica no puede explicar el abandono de estos clientes, ya que las puntuaciones otorgadas por el terapeuta en la alianza terapéutica eran equivalentes en ambos grupos. Por otra parte, también observamos algo interesante, que era el hecho de que los clientes con una puntuación mayor en la

Tabla 4. Resultados de la alianza terapéutica entre el grupo de clientes que abandonó y el grupo que continuó en terapia

					T	SIG
TAREAS-CLIENTE	1	Grupo que continuó la terapia	11	21,64	2,54	31,000
		Grupo que abandonó	8	21,75	1,91	
	3	Grupo que continuó la terapia	11	22,36	2,16	21,500
		Grupo que abandonó	6	23,50	,84	
	5	Grupo que continuó la terapia	11	23,00	1,90	3,500
		Grupo que abandonó	4	23,25	1,50	

dimensión de tareas tienden a abandonar el proceso terapéutico más a menudo.

La resistencia, como defiende Corbella (2005), no es una dificultad del cliente, sino una oportunidad para un trabajo terapéutico conjunto entre terapeuta y cliente. La calidad de la alianza terapéutica tiende a cambiar y es importante tener una negociación continua entre el terapeuta y el cliente. Las pruebas empíricas sugieren que trabajar sobre el problema de la alianza terapéutica de manera abierta, directa y no defensiva puede facilitar que la relación terapéutica adquiera una calidad más positiva y proporcione al cliente la experiencia de una relación curativa (Castonguay, Schut, Aikins, Constantine, Laurenceau, Bologh y Burns, 2004). En el caso que presentamos aquí, la percepción de la alianza terapéutica entre los dos participantes contaba con un acuerdo casi completo en la dimensión de la relación, y no había diferencias significativas en las demás dimensiones, entre el grupo de clientes que abandonaron y el grupo que continuó la terapia. En cualquier caso, la dimensión de tareas merece un comentario adicional, ya que los clientes que tienden a tener más tareas terapéuticas abandonan más la terapia. Se podría haber compartido este resultado con el terapeuta cuando tuvieron lugar las sesiones, para analizar y prevenir posibles abandonos y alteraciones de la alianza terapéutica.

Parece tener mucho sentido que, desde la formación inicial de los terapeutas, se les guíe para “detenerse, pensar y evaluar” su ejecución terapéutica. Trabajar con personas, con problemas tan distintos y angustiantes, exige al terapeuta un tiempo de reflexión, que en nuestra opinión es muy útil en el sentido de que conduce a las dñadas a ir más allá y aprender más sobre su propio funcionamiento terapéutico. El beneficio será un proceso de co-construcción elaborado por ambos y ciertamente más eficiente y realizado con cuidado, teniendo en cuenta el tiempo del cliente y el trabajo de la alianza terapéutica.

Además, las muestras de clientes estudiadas en diseños de investigación sobre la efectividad de la psicoterapia son ejemplos pobres de la realidad que se percibe en la práctica clínica, y en nuestro caso también ésta puede constituir una limitación del estudio. Los clientes que normalmente forman parte de los estudios de investigación tienden a tener menos angustias, tienen menos comorbilidad y sus problemas son menos complejos que los clientes que se observan en la práctica clínica (Beutler y Howard, 1998). Los clientes con mayores niveles de alteración, con mayor comorbilidad y con problemas más complejos, que cubren diferentes áreas vitales, tienen más dificultad en cooperar en el proceso de investigación de manera regular y sistemática para

producir datos consistentes y válidos. Son clientes con una gran vulnerabilidad y debilidad debido a sus alteraciones y, como tales, primero no entienden, por ejemplo, los ítems de los cuestionarios y después su asistencia al proceso terapéutico es frágil, llegando a ser muchas veces sujetos “desaparecidos” en las muestras clínicas.

A pesar de las limitaciones encontradas, por ejemplo en los abandonos de este grupo de clientes a lo largo del tiempo, la oportunidad de juntar 19 dñadas de un único terapeuta es muy motivadora para cualquier investigador en este campo. Ésta era una condición favorable para observar un solo terapeuta que trabaja con varios clientes difíciles en diferentes momentos del proceso terapéutico. Esperamos continuar, en el futuro, con la implementación de esta rutina práctica del “detenerse, pensar y evaluar la psicoterapia”. También esperamos evaluar la co-construcción de la alianza terapéutica entre dñadas, pero tomando en consideración el diagnóstico clínico de cada caso. Ésta parece una línea de investigación muy interesante y puede aportar indicios más precisos de la compatibilidad entre terapeutas y clientes.

La psicoterapia es el producto de un equipo terapéutico, que consta de un terapeuta y un cliente. Las características del uno y del otro, cuando se conectan y realizan un trabajo terapéutico juntos, pueden ser más beneficiosas si el terapeuta conoce cómo es el cliente antes y después de la terapia y si conoce cómo puede construirse la relación terapéutica. Parece de gran importancia promover nuevas líneas de investigación en este ámbito, concretamente en el contexto portugués, y contribuir al tema de la evaluación del proceso y el resultado de la psicoterapia, así como introducir este tema tanto en el contexto de la formación de psicólogos como en los contextos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Arciero, G. y Guidano, V.F. (2000). Experience, explanation, and the quest for coherence. In R. A. Neimeyer, y J.D. Raskin, (Eds.). *Constructions of Disorders: Meaning-Making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association: Washington D.C.
- Beutler, L. E. (2000). *Protocolo de avaliação clínica. Seleção sistemática de tratamento (PAC – SST)*. Adaptação de P. Moreira & O. Gonçalves. Documento não publicado. Instituto de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Minho.
- Beutler, L.E. y Howard, K.I. (1998). Clinical utility research: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 297-301.

- Beutler, L.E., y Machado, P.P. (1992). Research in psychotherapy. In M.R. Rosenzweig (Eds.), *Research in psychology: An international survey*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. y Neufeldt, S. (1994). Therapists variables. In A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 229-264). New York: John Wiley.
- Bordin, E.S. (1975, September). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Annual Meeting of American Psychological Association, Washington, D.C.
- Botella, L. (1998). Clinical psychology, psychotherapy, and mental health: Contemporary issues and future dilemmas. *International Journal of Psychotherapy*, 3, (3), 255-263.
- Busseri, M.A. y Tyler, J.D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, Vol. 15, 2, 193-197.
- Canavarro, J.M. (1998). Construtivismo e construcionismo social: similitudes e diferenças, compatibilidade ou incompatibilidade? In *Vários, Ensaios em Homenagem a Joaquim Ferreira Gomes* [pp. 193-203]. Coimbra: Núcleo de Análise e Intervenção Educacional da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Castonguay, L.G. y Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay y L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Schut, A.J., Aikins, D., Constantino, M.J., Laurenceau, J.P., Bologh, L. y Burns, D.D. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 14-20.
- Cebero, M.R. (2003). *¿Qué es la psicoterapia?* Interpsiquis, Retrieved 10, October, 2003 from world wide web: www.psiquiatria.com
- Corbella, S. (2005). *Estilo Personal del Terapeuta y Selección de Tratamientos*. Documento Não Publicado. Universidad Ramon Llull.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L.A., Botella, L. y García, F. (2009) Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (2), 125-133.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1, 181-204.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Garfield, S.L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- Glaserfeld, E.V. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick, (Ed.) *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism*. New York: Norton & Company.
- Gonçalves, O.F. (1997). Hermenêutica, construtivismo e terapias comportamental-cognitivas: Do objecto ao projecto. In R. Neimeyer e M. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*, VI, N° 8, 455-459.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.
- Guidano, V.F. (1998). Los procesos del self: Continuidad vs. discontinuidad. VI. Congresso internacional de construtivismo en psicoterapia. Siena, Italia.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the Working alliance: Its measurement and relationship to outcome*. Disertación de Doctorado no publicada University of British Columbia, Canada.
- Horvath, A.O. (1982). *Working Alliance Inventory (Revised)*. Instructional Psychology Research Group, 82. Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Machado, P.P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicologia Conductual*, Vol. 2, 1, 113-120.
- Machado, P.P. y Horvath, A.O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M. R. Simões, L. S. Almeida, M. Gonçalves (Eds). *Provas Psicológicas em Portugal (Vol.2)*. Braga: SHO.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A Guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7, 3, 847-862.

- Moreira, P., Gonçalves, O. y Beutler, L.E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento*. Porto: Porto Editora.
- Mustaca, A. (2004) El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de psicología*, 21, 105-118.
- Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (2), 221-234.
- Neimeyer, R.A. (1997). Psicoterapias construtivistas: Características, fundamentos e futuras direções. In R. A. Neimeyer e M.J. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parker, I. (1999). Deconstruction and psychotherapy. In I. Parker (Ed.). *Deconstruction psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Rebelo, H. (2002). *Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Documento não Publicado.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 373-382.
- Tracey, T.J. y Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. Psychological Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 369-375.

Recibido: 13-12-11

Aceptado: 19-7-12

Abstract: Our goal is to understand how the co-construction of therapeutic alliance develops in the initial phase of the therapeutic process with 19 clients with different styles and a therapist. We used the Client Coping Style-Resistance and the Working Alliance Inventory. Clients seem to increase their levels of externalized features over the therapeutic process. It was also interesting to determine whether clients that dropped out of therapy had a specific profile and high levels of resistance. The levels of externalization in clients that remained in therapy increased more than the levels of internalization, and had lower levels of resistance. Relation is the dimension with an absolute agreement between the therapist and the clients.

DIFFERENT STYLES OF CLIENTS AND THE CONSTRUCTION OF THERAPEUTIC ALLIANCE WITH A THERAPIST

Luísa Soares*

Lluís Botella, Sergi Corbella **

Marina Serra de Lemos ***

& Mónica Fernández

Resumen

Construcción de la alianza terapéutica en la fase inicial del proceso terapéutico con 19 clientes con diferentes estilos y un terapeuta. Se utilizó el estilo de afrontamiento del cliente, su resistencia (Cuestionario para Evaluar la Personalidad del Cliente – C.E.P.C., Beutler, 2000) y el Inventario de la Alianza Terapéutica (WAI). Los clientes parecen aumentar sus niveles de funciones externalizadas durante el proceso terapéutico. También fue interesante determinar si los clientes que abandonan terapia presentaban un perfil específico y altos niveles de resistencia. Los niveles de externalización de los clientes que permanecieron en terapia aumentaron más que los niveles de internalización, y estos clientes presentaron menores niveles de resistencia. La relación es la dimensión con un acuerdo absoluto.

Palabras clave: estilos de los clientes, alianza terapéutica, proceso terapéutico

Key words: styles of clients, therapeutic alliance, therapeutic process

Introduction

In this study, we intend to pose some questions that help foster the scientific curiosity in the knowledge of the style of clients in the therapeutic process. One of the most internationally explored lines of research is the interaction between therapist and client, to verify if clients change over the therapeutic work and to explain or understand how this phenomenon occurs. If we take into consideration that psychotherapy is a co-construction, then we must “build” studies that show what the elements of this equation, that is, therapist versus client, are like and how they can produce an effective result. Research regarding studies of dyads of therapists and clients has been characterized by the assessment of the relationship between the therapist’s variables (attitudes) and therapeutic results, as well as by the understanding of the internal experience of the

participants in psychotherapy and the knowledge of mechanisms responsible for change.

Moreira, Gonçalves and Beutler (2005) made an interesting proposal in order to organize research in psychotherapy into three phases. In the first phase, ending in 1954, psychology tries to establish itself as a robust science. The second phase, from 1954 to 1969, is characterized by the need to respond to mental health problems arising from the historical context and, from 1969 until nowadays, the third phase expresses the importance of the relationship between the therapist’s variables and therapeutic results as well as the knowledge of mechanisms responsible for change.

Beutler and Machado (1992) pointed to the end of the 20th century as the transition period for the emergence of a fourth phase in the history of research in psychotherapy, characterized by the development of methods to explore the complex interactions in the therapeutic phenomenon. Some reflections emerging from this study may plunge into this fourth phase of research in psychotherapy and may contribute to the so needed change of paradigm, for example, in helping therapists in training to acknowledge their compatibilities, to take notice

* Luísa Soares, University of Madeira, Portugal

** Lluís Botella, Sergi Corbella, University of Ramon Llull, Spain

*** Marina Serra de Lemos, University of Porto, Portugal

Mónica Fernández

E-Mail: lsoares@uma.pt

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 27–36

© 2013 Fundación AIGLÉ.

of their therapeutic style and their higher rates of success with certain styles of clients. This may improve their performance with a greater number of clients. Identification, flexibility and adjustment of every therapist's style to each client should be a guiding principle of psychotherapy (Corbella et al., 2009).

We could say that psychotherapy involves some therapeutic work and, therefore, this therapeutic work suggests forming a collaboration (between the therapist and client) that sets up a plan and defines goals toward achieving therapeutic change. In this sense, the relationship between therapist and client must develop in dialogue, in a symmetrical and horizontal conversation. We aim to follow Ceberio's (2003) afterthought, when he preferred to call the person who asks for therapeutic help "client," which is more consistent with a philosophy that conceives psychotherapy as an area to solve problems, as opposed to a philosophy that advocates the nomenclature of "patient," which embodies the idea of formulating a treatment to "cure" him/her.

This idea of psychotherapy as an area to solve problems has often been controversial, in regard to the assessment of its effectiveness. This issue always caused some debate and some recent studies (Echeburúa & De Corral, 2001; Mustaca, 2004) emphasize the need to define criteria for evaluating the applicability of different psychotherapies. These authors define three major criteria for making this assessment. According to them, three parameters have become firmly established as guidelines to the international scientific community to plan and design research:

- a) Efficacy, which is understood as obtaining the best possible result and greater durability in the application of a given therapy for a specific disorder;
- b) effectiveness, which refers to the ability of a therapy to be widespread, or better, adjusted to diverse clinical scenarios;
- c) Efficiency, which refers to the cost-effectiveness of therapies, not only the economic management of health systems, but also at the level of resources and levels of quality of care.

In the Portuguese context, Sousa (2006) stated that there is neither tradition of research in psychotherapy nor evaluation of its outcomes. For instance, according to this author, there are few examples of researchers or universities developing or even encouraging this kind of work. Research in psychotherapy should be seen as an opportunity to launch into a discursive scientific framework, in order to improve the services provided to our clients.

Internationally, Greenberg said in 1991 that the field of research in psychotherapy began to adopt

a defensive position, trying to prove that psychotherapy works, instead of trying to find out how it works, contrary to what happened in other sciences. Garfield (1990, 1997) also indicated that our knowledge about the variables that contribute to positive change is still rather limited.

In the late 1970s, some groups of researchers and scholars realized that there was a convergence of views that consisted in a new way of looking at human development (Neimeyer, 1997). After the euphoria of the "flower power" generation and the humanistic models, researchers began to notice a decline of perspectives targeted exclusively at the insight and self-discovery (psychoanalysis and humanism) and their enemies, targeting at observable behaviour. This discouragement with the empiricists boosted psychology paradigms to take ownership of the hermeneutics. Therefore, it was stated that to understand the human mind it is necessary to place it in its culture, since the subject's knowledge about himself and the world is phenomenologically interpreted and can be organized through a series of multiple meanings from the language available in the cultural matrix in which it is inserted (Rebelo, 2002). The importance of contexts was renewed and, consequently, the ecological, developmental and systemic models evolved. Drawn to this pressure faction, which postulates a new way of being and knowing the world, the constructivist movement was born. For constructivists, all communication and understanding is an interpretive construction made by the subject that has experienced it (Glaserfeld, 1984).

This movement, in which psychology has been inspired, covers several theoretical models (Botella, 1998; Canavaro, 1998; Gonçalves, 1997; Guidano 1998; Neimeyer, 1993; Parker, 1999) and they all defend construction as the main progress of personality. The constructivist thinking takes into account that each individual is able to create their own representation of the self and its surroundings. Thus, people are able to overcome construction problems and build something new in a different way. This constructivist perspective marks a different way of being and knowing the world. Applied to psychotherapy, the goal is to help the client to deal with transitions and achieve a proper re-ordering of their experiences, expanding the field of emotional and behavioural responses (Arcierio, & Guidano, 2000).

A movement derived from constructivism is social constructivism. It argues that knowledge and reality, beyond being a construction, are socially co-constructed from the relationship we have with others and with the world. It is a more cultural, linguistic and hermeneutic perspective of constructivism. While constructivism highlights the construction of

an individual self, social constructivism dissolves any notion of individuality and applies its emphasis on the social construction of the self. Therefore, it is necessary to plan investigations that have as the object of study the process constructed by both the client and the therapist, through a dialogue process. This aims to be the leading idea of this study, framed in a paradigm of social constructivism, which seeks to know the client-therapist dyad. This dyad is precisely based on a postmodern approach, where knowledge is seen as a social construction.

Considering that psychotherapy is an opportunity to share and recount stories co-constructed between therapist and client, we share here a case study of a therapist and 19 of his clients, where we sought to discover the styles of both of them and how therapeutic alliance is developed by them in the initial phase of the process. According to Castonguay and Beutler (2006), a major controversy today is precisely to know whether the client's change is due to the therapist's technical quality or to the quality of their therapeutic alliance. This last dimension, therapeutic alliance, is given special attention in this study, since we observe both sides of the construction of therapeutic alliance, from the therapist's and the client's perspective at four moments of their therapeutic process.

The targets of this study (dyads of therapists and clients) were chosen taking into account some lines of research that we aim to encourage accordingly with the philosophy of the theoretical paradigm of social construction: i) to understand interactions that could be potentially significant such as: characteristics of the client, ii) to apprehend new methods of research in evaluating the style of the therapist, and iii) to introduce new variables to experimentally assess the complexity of the therapeutic process (Machado, 1994). This line of thought sets up three specific goals: a) to assess the therapeutic alliance of a therapist and 19 styles of clients, regarding characteristics of internalization/externalization and levels of resistance, b) to evaluate the style and levels of resistance of those clients who gave up the therapeutic process, and c) to assess the co-construction of the therapeutic alliance: to observe if the levels converge or diverge between therapist and client.

Method

We studied 19 dyads of a 59-year-old therapist, who worked in a university psychology service for students. The theoretical approaches that he identified were systemic therapy and solution-focused therapy. The mean age of clients is 24 years old, ranging between 19 and 36 years old, with a standard deviation of 5. Most clients are female (N = 16)

and only 3 clients are male. They all are in a therapeutic process for the first time. The therapist provides a relatively high rate of clients who remain in therapy (N = 11). At the 5th session four of them dropped out, and only two dropped out in the 3rd and 1st sessions. Most clients are from an average socioeconomic level (N = 14). In the upper level, there are only two subjects, and only one of them lies in the low average level. Two clients omitted this information.

Characterization of Instruments

The instruments were gathered into three categories according to the process analysis that was planned: 1) instruments for collecting socio-demographic data of the sample, 2) instrument for the characterization of the client's style, and 3) instrument for evaluating therapeutic alliance (therapist/client).

1. Instruments for collecting socio-demographic data

Data regarding personal identification and information needed to calculate Graffar's index and informed consent statements were obtained using the following tools: I) document of socio-demographic data, II) Questionnaire of aspects relating to Graffar (Graffar, 1956), and III) an informed consent statement (for the therapist and the client).

Questionnaire relating aspects of Graffar (Graffar, 1956): it is a multiple choice questionnaire about the client's housing conditions, description of the neighbourhood and source of income (to be completed by the therapist). In situations where clients do not have autonomy in economic terms, such as students, this information is obtained by taking into consideration the person who they depend on, for example their father or the person responsible for their education.

Declaration of informed consent: document for the therapist and the client, which briefly presents the area of research (development of the therapeutic process between therapist and client) and the request for collaboration in the research. This also ensures that the information obtained will be kept confidential, along with the commitment that their participation will be voluntary, so they may withdraw from the study at any time of its course. Accepting the request for collaboration, the therapist and the client sign the document authorizing their participation in the study and the analysis of their data.

The characterization of the client's style was based on two key aspects of their personality: coping style and levels of resistance. To this end, we

used the Questionnaire for assessing the client's personality (Beutler, 2000).

2. Questionnaire for assessing the client's personality – QACP (Beutler, 2000) - assesses the client's coping style (internalizing/externalizing) and levels of resistance. It is a questionnaire completed by the therapist about his perception of the client's permanent features. The answers are grouped into three dimensions:

- A. Externalizing style (25 items)
- B. Internalizing style (16 items)
- C. Levels of Resistance (25 items)

This instrument is part of the clinical evaluation protocol proposed by Beutler (2000) in the Systematic Treatment Selection model, and its adjustment was carried out by Moreira, Gonçalves and Beutler (2005), although the validation for the Portuguese population has not been developed yet.

3. Working Alliance Inventory – WAI (Therapist/Client Version, Horvath, 1981, 1982, 1994; Horvath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989; Portuguese version by Machado & Horvath, 1999) – aims to assess the quality of the therapeutic alliance in three components: agreement on tasks, agreement on goals, and the development of the relationship. This instrument has the advantage of being a measure of therapeutic alliance that was not elaborated in the context of a psychotherapeutic school or a theoretical model, but it was based on an explanation model of therapeutic change (Horvath & Machado, 1999). The full version of the inventory consists of 36 items and the short version (Tracey & Kokotovic, 1989) used in this study consists of 12 items arranged on a 7-point Likert-type scale, where 1 = Never and 7 = Always.

The concept of therapeutic alliance, originally developed by Bordin (1975), includes three dimensions: i) Tasks, which refer to that behaviour and cognition that are the substance of the therapeutic process, ii) Goals, which imply establishing a collaboration and consensus in the targeting of the therapeutic intervention, and iii) Bond, which concerns the complex network of positive relations between the client and the therapist and includes such aspects as alliance and mutual acceptance (Machado & Horvath, 1999).

The WAI, both in its full English version and the full Portuguese version, showed adequate internal consistency and reliability estimated. In the original version, the Cronbach's Alpha values were between 0.84 and 0.93 for the total scale; and although reliability estimated for the 3 dimensions – Tasks, Bond, and Goals - were lower, they had, nevertheless, adequate levels (between 0.92 and 0.68, Machado & Horvath, 1999). The English version showed similar

results, with a Cronbach's Alpha of 0.93 for the total scale and adjusted values for the 3 dimensions - Tasks (0.87), Bond and Goals (0.80) (Machado & Horvath, 1999).

The instrument has negative polarity items (item 4 and item 10 in the short version), which are inverted before being added. According to Machado and Horvath (1999), the short version of this instrument has the main disadvantage of the low reliability of the results of the subscales, due to the limited number of items, but in general, the authors state that the total result was consistent. In addition, Bussero and Tyler (2003) reported that there is a good internal consistency, and interscale correlations are quite significant between the full and short WAI versions.

Procedure

Data collection was made taking into account certain criteria such as the age of the clients (over 18 years) and the signature of the informed consent form. Then, a file was delivered to the therapist and to the client (see Table 1) containing all the instruments to be completed by both at the end of the 1st, 3rd, 5th and 8th sessions. Data were collected during 20 months. Throughout this period, we received information about the therapeutic process and outcome of the therapist's 19 dyads. Therapeutic alliance was the only dimension that was common to all the dyads.

Results

1. The style of the clients

Regarding this therapist's style of clients, it was observed that, over time, the levels of externalization identified by the therapist increased significantly ($p=0.03 < 0.05$, see Table 2). On the contrary, concerning the levels of internalization, there were no significant differences over the four assessment sessions. In respect to the levels of resistance, oddly, they did not present significant differences and they did not tend to increase as the therapeutic process progressed.

2. The clients that drop out

2.1. Did the clients that dropped out have a specific style?

It was also interesting to determine whether the clients that gave up the process of psychotherapy had a specific profile and high levels of resistance. If they had a specific profile, maybe the therapist ought to adapt his characteristics to that client's profile. For example, if they were more externaliz-

Table 1. Documents given to the dyads

FILE FOR THE THERAPIST	FILE FOR THE CLIENT
Declaration of informed consent – 1 st Session	Declaration of informed consent – 1 st Session
Identification – 1 st Session	Identification – 1 st Session
GRAFFAR Questionnaire (Graffar, 1956) – 1st Session	
Working Alliance Inventory – Short V./Therapist (Horvath, 1981, 1982, 1994; Machado & Horvath, 1999)	Working Alliance Inventory – Short V./Client (Horvath, 1981, 1982, 1994; Machado & Horvath, 1999)
Questionnaire for assessing the client's personality and coping style (Beutler, 2000)	

Table 2. Results from Friedman test, regarding the client's style throughout the 4 moments of assessment

	SESSION	MIN.	P25	P50	P75	MAX.	FRIEDMAN TEST	
							X	SIG
EXTERNALIZING	1	.50	1.00	1.50	2.50	3.50	14.200	0.003
	3	1.00	1.50	2.50	2.50	5.50		
	5	1.50	1.50	2.50	3.50	5.50		
	8	1.50	1.50	2.50	3.50	5.00		
INTERNALIZING	1	.00	.50	3.00	3.50	6.50	2.345	0.504
	3	.00	1.00	2.50	4.00	5.50		
	5	.00	1.00	2.50	4.00	5.00		
	8	.00	1.50	2.50	4.00	5.00		
RESISTANCE	1	18.50	21.00	21.50	22.50	23.50	2.280	0.516
	3	18.50	21.50	22.00	22.50	23.50		
	5	18.50	21.00	21.50	22.50	23.00		
	8	18.00	20.00	21.50	22.00	23.00		

ing/internalizing and more resistant. Although the data obtained from this analysis are inconclusive because of the sample size, the results seem very interesting. Figure 1 shows the profile of clients that dropped out and of those who remained in therapy. Throughout the sessions, the levels of externalization of the clients that remained in therapy increased much more than their levels of internalization.

2.2. Did the clients that dropped out have higher levels of resistance?

In Figure 2 the mean values and standard deviations of the levels of resistance for this group of clients can be seen. Although the differences between the two groups are not significant (1st session $t=1.333$; $p=0.200$; 3rd session $t=-1.316$; $p=0.208$; 5th session $t=1.342$; $p=0.202$), the clients that re-

mained in therapy had lower levels of resistance (Figure 2).

3. Co-constructed alliance: Are the levels between therapist and client convergent?

The only instrument used in parallel with the therapist and the client was the Working Alliance Inventory (WAI) and, as such, it became interesting to know if both their results were different, or rather, find out that their perception was similar. Bond is the only dimension where both the therapist and the client have an almost absolute agreement in the 8th session, as we can see in Table 3, through correlation coefficient values with a significance level of $p=0.068 < 0.05$.

Figure 1. Comparison of externalizing and internalizing levels between the group of clients that dropped out and clients that remained in therapy

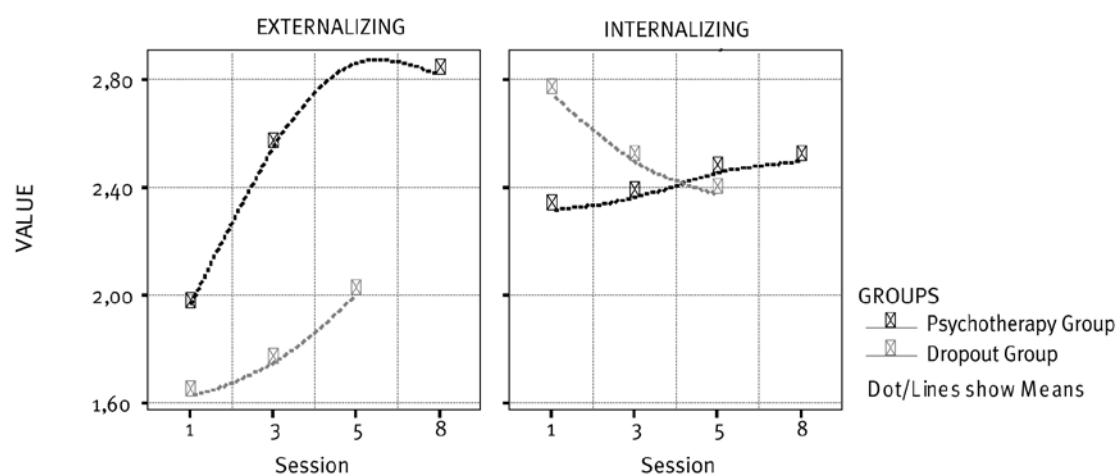


Figure 2. Comparison of levels of resistance between the group of clients that dropped out and clients that remained in therapy

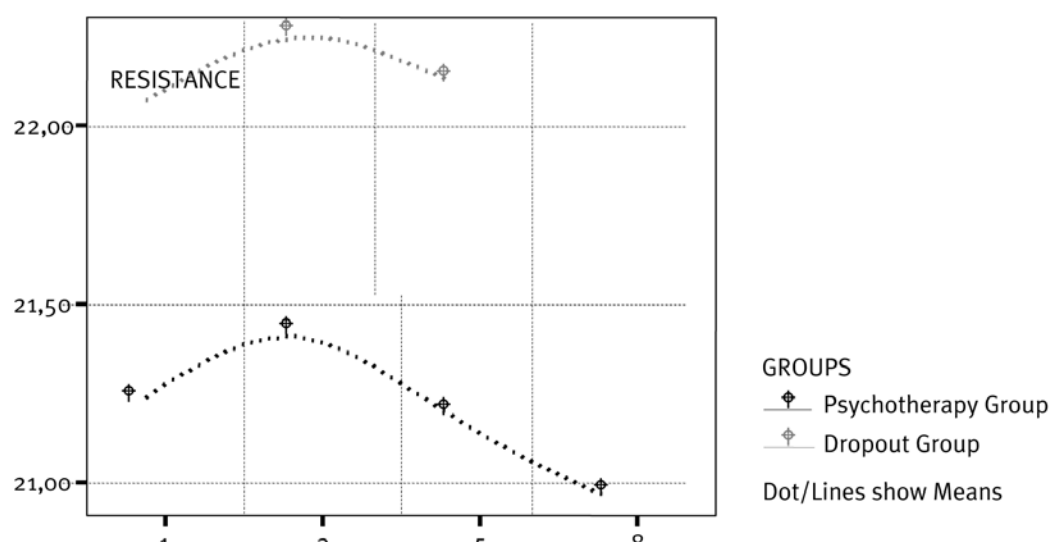


Table 3. Results from correlations for therapeutic alliance between therapist and clients throughout the sessions

	SESSIONS			
WAI	1 st	3 rd	5 th	8 th
TASKS				
CORRELATION COEFFICIENT	0.015	-0.045	0.269	0.345
SIG. (2-TAILED)	0.950	0.869	0.332	0.329
N	19	16	15	10
BOND				
CORRELATION COEFFICIENT	0.009	0.277	0.199	0.598
SIG. (2-TAILED)	0.973	0.282	0.495	0.068
N	18	17	14	10
GOALS				
CORRELATION COEFFICIENT	-0.255	0.349	0.268	0.087
SIG. (2-TAILED)	0.291	0.170	0.355	0.824
N	19	17	14	9

3.1. Therapeutic alliance: A comparison between the group of clients that dropped out and the group that remained in therapy

It was interesting to observe whether the group of clients that dropped out had the lowest levels of therapeutic alliance or not. The idea was to understand whether those clients that dropped out did so because they were unable to build a good alliance with the therapist. Interestingly, in the observation of therapeutic alliance, from the therapist's point of view, no differences were found between the two groups of clients.

In addition, from the client's point of view, there were significant differences in the 5th session, in the Tasks dimension. Clients with higher scores in this dimension gave up therapy more, with an average of 23 in the group that remained in psychotherapy against 23.25 in the group that dropped out of therapy, $p=0.014<0.05$, as shown in Table 4.

3.2. Co-constructed alliance: The client's therapeutic alliance (Tasks, Goals and Bond)

Regarding the interaction between therapeutic alliance and the client's levels of resistance, there was no significant correlation between the client's levels of resistance and therapeutic alliance. The only correlation that exists in this area is very low, less than 0.3. In this field, concerning the interaction of the therapeutic alliance between the therapist and the client's resistance, likewise, no significant correlation was found.

Discussion

We will now see some synthetic conclusions about the statistical analysis presented before, which may be useful for clinical practice, and shall allow us to provide some more material for the scientific discussion about the issue of assessing therapeutic process and outcomes.

The clients of this study present a more externalizing style, rather than internalizing, and these

levels of externalization tend to increase throughout the therapeutic process, particularly in the group that remained in therapy. Regarding the resistance shown by the clients, the ones that remained in therapy expressed less resistance than the ones that dropped out. We could even say that those with higher levels of resistance tended to drop out of therapy more. That is why assessing their levels of resistance, at the beginning of the therapeutic process, could be a good predictor of its success.

Concerning therapeutic alliance, we found an almost absolute agreement between both therapist and clients in the Bond dimension and, surprisingly, there were no differences between the two groups of clients (the ones that dropped out and the ones that remained in therapy). The therapeutic alliance cannot account for these clients dropping out, since the scores marked by the therapist in therapeutic alliance were equivalent in both groups. On the other hand, we also observed something interesting, which was the fact that clients with higher scores in the Tasks dimension tended to drop out of the therapy process more often.

Resistance, as advocated by Corbella (2005), is not a difficulty, but rather an opportunity for joint therapeutic work between the client and the therapist. The quality of the therapeutic alliance tends to change and it is important to have a continuous negotiation between the therapist and the client. Empirical evidence suggests that working on the problem of therapeutic alliance in a direct, open and not defensive way may allow the therapeutic relationship to achieve a more positive quality and give the client a healing relationship experience (Castonguay et al., 2004). In the case presented here, the perception of the therapeutic alliance between the two participants had an almost complete agreement on the Bond dimension, and there were no significant differences in the other dimensions between the group of clients that dropped out and the group that remained in therapy. In any case, the Tasks dimension deserves an additional comment, since the clients

Table 4. Results for therapeutic alliance between the group of clients that dropped out and the group that remained in therapy

					T	SIG
TASKS- CLIENT	1	Group that remained in therapy	11	21.64	31.000	0.277
		Group that dropped out	8	21.75		
	3	Group that remained in therapy	11	22.36	21.500	0.346
		Group that dropped out	6	23.50		
	5	Group that remained in therapy	11	23.00	3.500	0.014
		Group that dropped out	4	23.25		

who tended to have more therapeutic tasks dropped out more. This finding could have been shared with the therapist at the time it occurred after the sessions, in order to analyze and prevent possible dropouts and disruptions of the therapeutic alliance.

It seems to make a lot of sense that, from the initial training of therapists, they should be guided to “stop, think and assess” their therapeutic performance. Working with people, with so dissimilar problems and in distress, requires from the therapist some time for reflection, which, in our view, becomes very useful in the sense that it drives the dyads to go further and learn more about their own therapeutic functioning. The benefit will be a process of co-construction made by the two of them and a certainly more efficient and carefully made one, that takes into consideration the client’s timing and the work of the therapeutic alliance.

Moreover, this client samples studied in research designs about the effectiveness of psychotherapy are always weak examples of the reality seen in clinical practice and this also seems to be a limitation of our study. The clients who usually are part of research studies tend to be less disturbed, they tend to have fewer comorbid conditions, and their problems are usually less complex than those clients who are observed in clinical practice (Beutler & Howard, 1998). These clients with higher levels of disturbance, with higher comorbidity conditions and more complex problems which cover different areas of life have more difficulty in cooperating in the research process on a regular and systematic basis in order to produce consistent and valid data. They are clients of great vulnerability and weakness due to their disturbance, and as such, firstly, they do not understand, for example, the items of questionnaires, and secondly, their attendance to the therapeutic process is fragile, becoming so many times “missing” subjects in the clinical samples.

Despite these limitations in the dropouts of this group of clients over time, the opportunity to assemble 19 dyads of one single therapist is very motivating for any researcher in this field. This was a favourable condition to observe: one single therapist who worked with various challenging clients at different moments of the therapeutic process. We expect to continue, in the future, to implement this routine practice of “stop, think and assess” psychotherapy. Also, we hope to assess the co-construction of the therapeutic alliance between dyads, but taking into consideration the clinical diagnosis of each case. This seems a very interesting line of research and it may give more precise indications of the compatibility between therapists and clients.

Psychotherapy is the product of a therapeutic team consisting of a therapist and a client. The

characteristics of one and the other, when connected and performing a therapeutic work together, can be more beneficial if the therapist knows what the client is like before and after therapy and if he or she knows how the therapeutic relationship can be built. It seems of crucial importance to encourage new lines of research in this area, particularly in the Portuguese context, to contribute to the topic of evaluating the process and outcome of psychotherapy and also to introduce this issue in the context of training psychologists, as well as in professional contexts.

REFERENCES

- Arciero, G. & Guidano, V.F. (2000). Experience, explanation, and the quest for coherence. In R. A. Neimeyer, y J.D. Raskin, (Eds.). *Constructions of Disorders: Meaning-Making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association: Washington D.C.
- Beutler, L. E. (2000). *Protocolo de avaliação clínica. Seleção sistemática de tratamento (PAC – SST)*. Adaptação de P. Moreira & O. Gonçalves. Documento não publicado. Instituto de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Minho.
- Beutler, L.E. & Howard, K.I. (1998). Clinical utility research: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 297-301.
- Beutler, L.E., & Machado, P.P. (1992). Research in psychotherapy. In M.R. Rosenzweig (Eds.), *Research in psychology: An international survey*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Beutler, L.,E., Machado, P.P. & Neufeldt, S. (1994). Therapists variables. In A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 229-264). New York: John Wiley.
- Bordin, E.S. (1975, September). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Annual Meeting of American Psychological Association. Washington, D.C.
- Botella, L. (1998). Clinical psychology, psychotherapy, and mental health: Contemporary issues and future dilemmas. *International Journal of Psychotherapy*, 3, (3), 255-263.
- Busseri, M.A. & Tyler, J.D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, Vol. 15, 2, 193-197.
- Canavarro, J.M. (1998). Construtivismo e construcionismo social: semelhanças e diferenças, compatibilidade ou incompatibilidade? In *Vários, Ensaios em Homenagem*

- a Joaquim Ferreira Gomes [pp. 193-203]. Coimbra: Núcleo de Análise e Intervenção Educacional da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In L.G. Castonguay y L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., Schut, A.J., Aikins, D., Constantino, M.J., Laurenceau, J.P., Bologh, L. & Burns, D.D. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 14-20.
- Cebero, M.R. (2003). *¿Qué es la psicoterapia?* Interpsiquis, Retrieved 10, October, 2003 from world wide web: www.psiquiatria.com
- Corbella, S. (2005). *Estilo Personal del Terapeuta y Selección de Tratamientos*. Documento Não Publicado. Universidad Ramon Llull.
- Corbella, S., Balmañá, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L.A., Botella, L. & García, F. (2009) Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (2), 125-133.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1, 181-204.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Garfield, S.L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 40-43.
- Glaserfeld, E.V. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick, (Ed.) *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism*. New York: Norton & Company.
- Gonçalves, O.F. (1997). Hermenêutica, construtivismo e terapias comportamental-cognitivas: Do objecto ao projecto. In R. Neimeyer e M. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*, VI, N° 8, 455-459.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.
- Guidano, V.F. (1998). Los procesos del self: Continuidad vs. discontinuidad. VI. Congresso internacional de construtivismo en psicoterapia. Siena, Italia.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the Working alliance: Its measurement and relationship to outcome*. Disertación de Doctorado no publicada University of British Columbia, Canada.
- Horvath, A.O. (1982). *Working Alliance Inventory (Revised)*. Instructional Psychology Research Group, 82. Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Machado, P.P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicologia Conductual*, Vol. 2, 1, 113-120.
- Machado, P.P. & Horvath, A.O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M. R. Simões, L. S. Almeida, M. Gonçalves (Eds.). *Provas Psicológicas em Portugal (Vol.2)*. Braga: SHO.
- Montero, I. & León, O.G. (2007). A Guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7, 3, 847-862.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L.E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento*. Porto: Porto Editora.
- Mustaca, A. (2004) El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de psicología*, 21, 105-118.
- Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (2), 221-234.
- Neimeyer, R.A. (1997). Psicoterapias construtivistas: Características, fundamentos e futuras direcções. In R. A. Neimeyer e M.J. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parker, I. (1999). Deconstruction and psychotherapy. In I. Parker (Ed.). *Deconstruction psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Rebelo, H. (2002). *Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Documento não Publicado.

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 373-382.

Tracey, T.J. & Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. Psychological Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 369-375.

Received: 13 December 2011

Accepted: 19 July 2012

Abstract: Our goal is to understand how the co-construction of therapeutic alliance develops in the initial phase of the therapeutic process with 19 clients with different styles and a therapist. We used the Client Coping Style-Resistance and the Working Alliance Inventory. Clients seem to increase their levels of externalized features over the therapeutic process. It was also interesting to determine whether clients that dropped out of therapy had a specific profile and high levels of resistance. The levels of externalization in clients that remained in therapy increased more than the levels of internalization, and had lower levels of resistance. Relation is the dimension with an absolute agreement between the therapist and the clients.